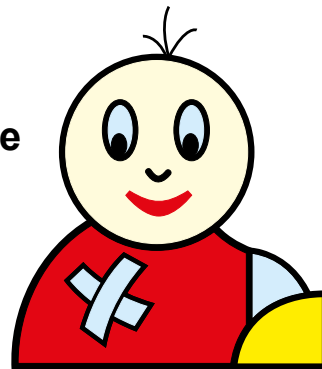


► SENDEN SIE DIE AUSGEFÜLLTE BEITRITTSERKLÄRUNG BITTE ZURÜCK AN:

Fax: (0203) 5 46 - 26 54 oder

Mail: kinderklinik-duisburg@helios-gesundheit.de



Kind im Krankenhaus

(KiK) - Förderverein der *Kinder- und Jugendklinik*
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn

KIND IM KRANKENHAUS (KIK) E.V.

(KiK) – Förderverein der Kinder- und Jugendklinik
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn
An der Abtei 7 - 11
47166 Duisburg

BEITRITTSERKLÄRUNG

Werden Sie Mitglied und unterstützen Sie den Förderverein der Kinder- und Jugendklinik HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn mit Ihrer Spende.

- Name _____
- Vorname _____
- Straße _____
- PLZ _____ ● Ort _____
- Telefon _____ ● Mobil _____
- E-Mail _____
- Geburtsdatum (freiwillig Angabe) _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in das Mitgliederverzeichnis eingetragen wird.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Ich ermächtige den Förderverein der Kinder- und Jugendklinik HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn den Jahresbeitrag in Höhe von 10,00 Euro mittels Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.

- Kontoinhaber _____
- Bank _____ ● BIC _____
- IBAN-Nr. _____

Fällige Beträge ziehen wir zum 01. August eines jeden Jahres von Ihrem Konto ein.

Ort, Datum

Unterschrift